Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Zur Lehre der transitorischen Psychosen der Epilepsie mit besonderer Berücksichtigung der postparoxysmellen Verwirrtheiten.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königlichen Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Erich Schlüter
approb. Arzt aus Harburg (Elbe).

Kiel 1917.
Buchdruckerei von Schmidt & Klaunig.

Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Zur Lehre der transitorischen Psychosen der Epilepsie mit besonderer Berücksichtigung der postparoxysmellen Verwirrtheiten.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät der Königlichen
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Erich Schlüter
approb. Arzt aus Harburg (Elbe).

Kiel 1917.
Buchdruckerei von Schmidt & Klaunig.

No. 60
Rektoratsjahr 1916/17
Referent: Prof. Dr. Siemerling.
Zum Druck genehmigt:
Prof. Dr. Siemerling,
z. Z. Dekan.

Meiner Mutter!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0236

Auf der Suche nach einer krankhaften Grundlage, die das Wesen der Epilepsie erklären sollte, wandte man sich, wie es natürlich ist, dem Zentralnervensystem zu und suchte hier zunächst nach makroskopisch oder mikroskopisch sichtbaren pathologisch-anatomischen Veränderungen. Jedoch ein konstanter, allein für die Epilepsie eigentümlicher Befund ließ sich nicht feststellen.

Man kam deshalb zu der Annahme einer funktionellen Ursache, und Nothnagel stellte den Begriff der epileptischen Veränderung des Gehirns auf und verstand darunter eine Störung des physiologischen Gleichgewichtes zwischen den erregenden und hemmenden Vorgängen innerhalb des Zentralnervengebietes. Diese epileptische Veränderung nun betrifft nicht ein bestimmtes Krampfzentrum allein, wie Nothnagel es in der Medulla oblongata — medulläre Theorie —, andere in der Rinde — kortikale Theorie — gefunden haben wollten, sondern nach Binswanger und Ziehen das ganze Gehirn. Auf Grund einer solchen Annahme lassen sich dann die sämtlichen Symptome der Epilepsie erklären; so bildet beim typischen Krampfanfall die abnorme Ansprechbarkeit der Hirnrinde den Ausgangspunkt, die tonischen Krämpfe haben ihre Ursache vor allem in der krankhaften Teilnahme der Medulla, die klonischen gehen wieder in der Hauptsache von der Rinde aus, und das soporöse Nachstadium würde als abnormes Hemmungs- oder Erschöpfungssymptom aufzufassen sein.

Durch den Begriff der epileptischen Veränderung des gesamten nervösen Zentralorgans wird dann auch das Wesen der vorübergehenden epileptischen Psychosen dem Verständnis näher gebracht; sie sind ein Ausfluß der krankhaften Erregbarkeitsverhältnisse der psychischen Rindenbezirke, so vor allem der Gemüts- und Bewußtseinszentren, und äußern sich

in abnormen Hemmungs- und Erregungserscheinungen dieser Territorien unter wechselnder Beteiligung des Willens und der Sinneszentren. Je nachdem nun Gemüt oder Bewußtsein mehr oder weniger befallen ist, kann man bei den transitorischen Geistesstörungen der Epilepsie zwei Hauptgruppen unterscheiden, die periodischen Verstimmungen und die pathologischen Bewußtseinsstörungen.

Die periodischen Verstimmungen treten in der Regel ganz plötzlich auf; ein äußerer Anlaß braucht dabei nicht vorhanden zu sein. Sie können trauriger oder freudiger Art sein, meistens jedoch handelt es sich um Depressionszustände. Die Kranken äußern dann nicht selten hypochondrische Ideen, die oft durch abnorme Sensationen, Druck im Kopfe, Stechen im Halse, Schmerzen in einzelnen Muskelgruppen, Gefühl des Totseins bestimmter Glieder ausgelöst oder begleitet werden. Doch kann die Verstimmung auch einen religiösen Charakter annehmen; Versündigungsideen und Selbstvorwürfe werden laut mit Zeichen von Angst vor ewiger Bestrafung. Angstgefühl tritt aber auch auf, ohne daß die Kranken einen Grund dafür angeben können; sie klagen dann dabei oft über eine Beklemmung in der Brust, über Druck in der Herzgegend. Diese ängstliche Verstimmung ist bisweilen so stark, daß die Kranken jede Lust am Leben verlieren und sich den Tod wünschen.

In vielen Fällen erscheint hauptsächlich ein mißmutiges, reizbares Wesen. Die Kranken sind unzufrieden mit allem, mit sich selbst, mit jedem ihrer Umgebung; alles ärgert sie, sie fühlen sich überall benachteiligt, stets zurückgesetzt. So kann es zu paranoiaartigen Wahnideen kommen, die auch im Anschluß an hypochondrische Beschwerden gar nicht selten sind; der Arzt oder die sonstige Umgebung wird dann für das Leiden verantwortlich gemacht. Doch lassen diese paranoiden Vorstellungen in der Regel den systematischen Aufbau vermissen und sind meist nur episodenhaft.

In allen beschriebenen Zuständen, und dies ist besonders beachtenswert, können die Kranken zu plötzlichen Triebhandlungen fortgerissen werden; in ihrer Angst laufen sie planlos davon, aus Ekel vor dem Leben suchen sie gewalt-

sam den Tod, in ihrer reizbaren Verstimmung werden sie unvermutet aggressiv gegen ihre Umgebung.

Außer den erwähnten Sensationen können während einer periodischen Verstimmung auch andere Sinnestäuschungen auftreten, doch spielt diese Erscheinung eine größere Rolle bei der zweiten Hauptgruppe der vorübergehenden epileptischen Psychosen, bei den pathologischen Bewußtseinsstörungen.

Diese können je nach dem Grade der Trübung sehr verschiedenartig sein. Es kommen Dämmerzustände vor, in denen die Kranken ihrer Umgebung überhaupt nicht als solche auffallen, weil ihr äußeres Verhalten ganz geordnet und natürlich erscheint; selbst komplizierte Handlungen aus der gewohnten Beschäftigung können ausgeführt werden; doch in fremdartigen Verhältnissen läßt unvermutet eine unbegreifliche Verkehrtheit — hier versagt die richtige Auffassung — die Kranken gleichsam aus der Rolle fallen, und ihr Zustand wird erkannt.

Andere Kranke fallen durch ihren traumhaft benommenen Zustand leichter auf. Sie scheinen wie im Schlafe zu handeln, irren planlos umher, meist stumm oder unverständlich lallend. Stellt man an sie eine Frage, so wird diese verständnislos ein- oder mehrmals wiederholt, ohne daß eine Antwort erfolgt, nur über die eigene Person, auch allenfalls noch über Ort und Zeit pflegt man eine Auskunft zu erhalten; richtet man an die Kranken eine Aufforderung, so merkt man an ihrem ratlosen Verhalten die Erschwerung der Auffassung.

Diese Dämmerzustände sind gewöhnlich nur von kurzer Dauer; halten die Bewußtseinstrübungen längere Zeit hindurch an, so tragen sie meist den Charakter einer Verwirrtheit. Für sie ist das eigentümlichste Symptom das regellose, ungeordnete Handeln der Kranken; dieses entspricht der bestehenden Inkohärenz des Gedankenablaufs, während die Erschwerung der Auffassung in den Dämmerzuständen in der Hauptsache nur die Folge einer Denkhemmung ist. Hemmung wie Inkohärenz haben ihren Grund in der veränderten Erregbarkeit der in Frage kommenden Hirnrindenbezirke. Die Reize werden dort zwar noch aufgenommen, aber einmal nur langsam ver-

arbeitet, dann aber kann auch der regelrechte Ablauf der Verknüpfung der aufgenommenen Eindrücke zu einem klaren und richtigen Bilde gestört sein (Siemerling), so daß die Kranken sich über nichts mehr eine Vorstellung machen können, weder über Ort und Zeit, noch über ihre eigene Person. Sie sind also vollkommen unorientiert und stehen den Vorgängen in der Außenwelt völlig ratlos gegenüber. In dieser Verworrenheit leiden sie in der Regel unter zahlreichen Sinnestäuschungen; Engel, Teufel, Gottvater und Sohn erscheinen, und in diesen Erscheinungen herrscht in eigentümlicher Weise die rote Farbe vor, die auch in Flammen, Flecken und Blut auftritt. Dazu entstehen unangenehme Geruchssensationen, Schwefeldämpfe und andere giftige Gase werden wahrgenommen. Meist hören die Kranken die erschienenen Gestalten auch sprechen, und zwar vorzüglich in Äußerungen religiösen oder bedrohlichen Inhalts. An diese Halluzinationen schließen sich dann Wahnideen an, die auch sehr oft religiöser Art sind oder als Verfolgungswahn auftreten, unter deren Einfluß dann nicht selten gegen die Umgebung oder die eigene Person plötzliche Triebhandlungen vollführt werden, gekennzeichnet durch ihre rücksichtslose Brutalität. Diese Verwirrtheitszustände mit zahlreichen Sinnestäuschungen, lebhaften Wahnideen und verbunden mit motorischer Unruhe bezeichnet man als epileptische Delirien.

Im Gegensatz zu ihnen kann die Verworrenheit auch mit einer allgemeinen Hemmung verbunden sein. Die Kranken verharren dann stundenlang in ein und derselben Stellung, vollführen nicht die geringste aktive Bewegung, müssen gefüttert werden, verunreinigen sich, sind durch keinen äußeren Reiz aus dieser Starre zu erwecken; nur ein Impuls von innen, durch eine der zahlreichen Sinnestäuschungen und Wahnideen ausgelöst, vermag den Stupor plötzlich zu durchbrechen und in Raserei umzuwandeln.

In den meisten Fällen nämlich vermischen sich die delirösen und stuporösen Verwirrtheitszustände in ständigem Wechsel, und für die Benennung des Gesamtbildes muß dann

das vorherrschende Symptom den Ausschlag geben (Siemerling).

Beide Zustände haben ferner die Eigentümlichkeit, daß sie, wie die epileptischen vorübergehenden Psychosen überhaupt, meist nur kurze Zeit, selten über Wochen hinaus, bestehen, und daß sie ebenso rasch, wie sie entstanden sind, wieder verschwinden. Aber auch sie haben die große Neigung, bald, und zwar in ähnlicher Art, wiederzukehren.

Nach dem Ablauf der jeweiligen Attacken ist die Erinnerung an sie stets mehr oder weniger lückenhaft. Nach stuporösen Zuständen fehlt sie meist ganz, nach Delirien kann sie oft trotz deren Schwere erhalten sein, sie ist dann aber auch nur unklar oder nur an einzelne Begebenheiten geknüpft, für die sie dann jedoch deutlich und vollkommen sein kann. Zum Verständnis dieses wechselnden Verhaltens muß erwähnt werden, daß während einer epileptischen Bewußtseinsstörung diese selbst großen Schwankungen unterworfen sein kann; das Bewußtsein kann sich nämlich aus der dichtesten Umwölkung plötzlich für einige Zeit aufhellen, um sich dann wieder bis zu dem früheren Grade zu verdunkeln. In die Zeiten dieser Aufhellung, die in der Regel durch ein geordneteres Benehmen gekennzeichnet sind, fallen dann meist die nachträglichen Erinnerungsbilder.

Wie die stuporösen und die delirösen Zustände in einander übergehen, so verschmelzen sie auch mit den vorher erwähnten Verstimmungen. Meist findet man auch hier wieder Depression oder Reizbarkeit. Bei der Schilderung einer Verwirrtheit müssen auch jene Verstimmungen berücksichtigt werden.

Die körperlichen Störungen, welche die beschriebenen geistigen oft, aber nicht immer, begleiten, sind in etwa für die epileptische Grundlage der Psychose eigentümlich. So findet man in vielen Fällen eine träge, ja in seltenen sogar eine aufgehobene Pupillenreaktion, die an die Lichtstarre im Anfall erinnert, ferner ebenfalls wie dort mitunter eine erloschene Schmerzempfindung und schließlich noch einen schwankenden Gang, unsichere Bewegungen, Zittern, lallende

Sprache, trüben Blick, Erscheinungen, die auch meist im Anschluß an Anfälle beobachtet werden.

Aus dem über die geistigen Störungen Gesagten ergeben sich ebenfalls einige Eigentümlichkeiten der Krankheitsbilder. Dies ist einmal der Verlauf der Erkrankungen; plötzlich treten sie auf, rasch entwickeln sie sich zur vollen Blüte, haben aber nur eine kurze Dauer und klingen schnell wieder ab. Doch die Wurzel des Übels, die epileptische Veränderung des Zentralnervensystems, bleibt bestehen, und in ihr liegen die Keime für die häufigen und ähnlichen Rezidive. Eigentümlich ist ferner die Art der Sinnestäuschungen; die rote Farbe, Teufel und Engelsgestalten herrschen hier vor und schließlich die zu Gewalttätigkeiten neigenden Triebhandlungen.

Begegnet man nun bei einer Psychose diesen geistigen und körperlichen Symptomen, so kann man den Zusammenhang mit Epilepsie vermuten, doch wird die Diagnose erst sichergestellt durch den anamnetisch oder bei längerer Beobachtung erbrachten Nachweis charakteristischer epileptischer Erscheinungen, vor allem des großen oder des kleinen Anfalls. Denn die vorher erwähnten geistigen und körperlichen Symptome können auch im Verlaufe anderer Psychosen erscheinen, so bei Hysterie, Intoxikationen durch Alkohol und andere Gifte.

Je nachdem nun die Geistesstörungen vor, nach oder unabhängig von den Krampfanfällen auftreten, hat man sie als präepileptische, postepileptische und selbständige Psychosen bezeichnet. Doch hat man damit lediglich eine rein äußerliche Einteilung geschaffen; denn die geistigen Störungen sind nie ursächlich durch die Anfälle bedingt, sondern sie haben wie diese ihre Wurzeln in der epileptischen Veränderung des Gehirns und sind den Krämpfen gleichwertige Krankheitserscheinungen.

Am häufigsten findet man die postepileptischen Psychosen und unter diesen wieder am meisten die Verwirrtheitszustände.

Der Güte des Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling habe ich es zu verdanken, 2 Fälle postepileptischer Verwirrtheit mitteilen zu können.

Der erste Fall betrifft eine 35 Jahre alte Tischlersfrau M. S., die am 6. IX. 1913 in die Psychiatrische Klinik zu Kiel eingeliefert wurde. Der begleitende Ehemann machte über die Kranke folgende Angaben:

Die Mutter der Patientin war nervenkrank. Sie selbst soll als Kind körperlich immer schwächlich, aber eine gute Schülerin gewesen sein. Seit 1897 ist sie mit dem Referenten verheiratet, hat 1 Kind geboren und keine Fehlgeburt gehabt. Die Menstruationen sollen ihr stets Schmerzen gemacht haben. Als eine Charaktereigentümlichkeit fiel ihre große Reizbarkeit auf. Seit 7—8 Jahren leidet sie an Anfällen; diese treten meist nach Aufregungen, aber auch ohne äußeren Anlaß auf, und zwar in der Regel des Nachts. Die Kranke wird dann eigentümlich erregt, legt sich hin, verliert die Besinnung, Krämpfe sollen nicht auftreten, wohl aber schreit die Kranke laut auf, achtet auf keine Anrede, soll Gestalten sehen, will sich immer gleich das Leben nehmen. Nachdem tritt Schlaf ein und die Erinnerung fehlt später ganz oder ist nur sehr mangelhaft. Die Anfälle kommen alle paar Tage vor und wiederholen sich dann jede 2. bis 3. Stunde.

Auch gestern abend war die Kranke wieder merkwürdig erregt, bekam in der Nacht vier Anfälle, schrie, sprang aus dem Bett, lief umher, wollte sich das Leben nehmen und versuchte sich gegen Morgen an der Balkontür zu erhängen; doch riß die Schnur. Auf Anraten des Arztes wurde sie in die Klinik gebracht, folgte auch gutwillig. Ob sie wußte, wohin sie kam, konnte der Mann nicht feststellen, da sie auf keine Frage antwortete.

Bei der Aufnahme um $6^1/_2$ Uhr vormittags liegt sie still auf einer Bahre, hat etwas Schaum vor dem Munde und stöhnt. Läßt sich ohne Widerstreben zu Bett bringen, dreht sich dort öfters ängstlich herum und stöhnt vor sich hin. Auffällig sind ihr blasses Aussehen und Strangulationsmale am Halse. Auf Fragen gibt die Kranke keine Antwort, befolgt auch keine Aufforderungen, reagiert nicht auf Nadelstiche, nur auf lauten Anruf wendet sie sich um und schaut den Rufer ängstlich an. Die Pupillen sind weit, die Lichtreaktion ist anfangs

fast Null, bessert sich dann aber. Bei ihrer Prüfung wehrt die Kranke ängstlich ab.

Während der Untersuchung, 5 Stunden später, macht sie einen benommenen Eindruck, besonders zu Anfang; starrt vor sich hin, ihre Aufmerksamkeit ist nur schwer zu erwecken und hält nur kurze Zeit an.

(Wie heißen Sie?)	Atmet tief, dann +.
(Wo hier?)	Langes Besinnen; „Ja“.
?	„Nervenklinik“.
(Wie lange?)	„Weiß ich nicht“.
(Wie hierher gekommen?)	„Weiß ich nicht“.
(Datum?)	Schüttelt den Kopf.
(Wochentag?)	Keine Antwort.
(Monat?)	Schüttelt den Kopf.
(Jahr?)	„1914 . . . 14“.
(Wie alt?)	„35 . . . 40 . . . 40“.
(Was heute passiert?)	„Weiß ich nicht“.
(Heute Nacht?)	Schüttelt den Kopf.
(Haben Sie sich etwas antun wollen?)	Keine Antwort.
(Aufhängen?)	Schüttelt den Kopf.
(Warum hier?)	„Weiß ich auch nicht“.
(Was denken Sie sich denn?)	Keine Antwort.
(Anfälle?)	„Ja“.
(Wie lange schon?)	„Das weiß ich nicht“.
(Schmerzen?)	Zeigt auf den Hals.
(Woher kommen die?)	Keine Antwort.
(Sonst noch Schmerzen?)	Zeigt auf die Brust.
(Sonstiges Befinden?)	„Nicht schön“.
(Warum?)	„Ich möchte lieber sterben“.
?	„Werde doch nicht mehr gesund“.
?	„Es läuft mir alles so durcheinander“.

„Bin immer krank gewesen, auch früher.“ „Habe schon als Kind Anfälle gehabt.“ „Meist morgens.“ „Weiß nichts

davon.“ „Es wird schwarz vor den Augen.“ „Habe mich nie verletzt.“ „Nicht auf die Zunge gebissen.“ „Öfters eingenäßt.“ „Hinterher flau.“ „Kopfschmerzen.“ „Vorher ängstlich.“ „Falle dann hin.“ „Habe mir nachher schon öfters was antun wollen.“ „Weil ich doch nicht wieder gesund werde.“ „Bin dann so sehr ängstlich.“ „Habe das Gefühl, als wenn ich in einen Brunnen fallen müßte.“ „Angst sitzt in Herzgegend.“ „Nachts ist es besonders schlimm.“ „Das Gedächtnis ist in letzter Zeit schlechter geworden.“

(3 × 3?) +; (4 × 2?) +; (5 × 9?) +;

(16 + 7?) Schüttelt den Kopf. (23 — 16?) Keine Antwort.

(3. 4. 5.) „3. 4. 5.“ (6. 5. 2. 9.) Keine Antwort.

(6. 5. 2. 9.) „6. 5. 2. 9.“ (8. 4. 2. 7. 3.) Keine Antwort.

(8. 4. 2. 7. 3.) „8. 4. 3. 2.“

„Federhalter.“ „Feder.“ „Schlüssel.“ „Bleistift.“ „Zentimetermaß.“ „Zentimeter.“ „Knopf.“

Körperlich: Guter Ernährungszustand;

Blasses Gesicht. Schädelumfang 54;

Lidspalte über mittelweit;

Pupillen: weit, rund; L. R. + beiderseits träge, C. R. nicht zu untersuchen;

Augenbewegungen frei;

Facialisinnervation symmetrisch;

Zunge wird gerade und ohne Zittern vorgestreckt;

Würgreflex lebhaft, Gaumen gleichmäßig gehoben;

Sprache artikulatorisch frei, aber leicht verwaschen;

Am Halse Strangulationsfurche;

Reflexe der oberen Extremitäten o. B.;

Patellarreflexe lebhaft, =;

Achillessehnenreflexe nicht zu erzielen;

Babinskisches Phänomen: links +, rechts ø;

Keine Ataxie;

Sensibilität nicht gestört;

Organbefund o. B.

Nachmittags ist die Kranke bedeutend freier; während sie vormittags noch einen unbesinnlichen Eindruck machte, in ihren Antworten langsam, zögernd und unsicher war, werden

diese jetzt rasch, klar und sicher gegeben, ohne Weitschweifigkeit und geziertes Wesen.

(Wie lange hier?)	„Seit heute morgen“.
(Jetzige Tageszeit?)	„Nachmittag“.
(Wie hierher gekommen?)	„Das weiß ich nicht“.
(Erste Erinnerung?)	„Das weiß ich auch nicht“.
(Heute Nacht?)	„Mein Mann trinkt immer so“.

„Gestern kam er um 12 betrunken nach Haus.“ „Habe mich darüber aufgeregt.“ „Von den Vorgängen in der Nacht weiß ich nichts.“ „Weiß nicht, daß ich mich habe aufhängen wollen.“ „Die Aufregungszustände habe ich erst seit Herbst.“ „Zwischen den Anfällen geht es gut.“ „Es darf keine Aufregung kommen.“ „Jetzt ganz klar im Kopf.“

7. IX. Ruhig, klar, geordnet; klagt nur über Schmerzen im Halse.

8. IX. Äußert nachmittags, sie habe sich unmöglich selbst aufhängen wollen, das müsse ihr Mann getan haben.

9. IX. Augenbefund: Pupille beiderseits regelrecht, nur etwas hyperämisch, besonders links.

12. IX. Ruhig, klar, geordnet. Klagt aber ständig über Schmerzen an der Strangulationsfurche.

18. IX. Zeitweise starker Erregungszustand, der aber bald wieder abebbt. Klagt heute über Schmerzen in der linken Schultergegend, will den Arm nicht spontan heben können. (Durch die chirurgische Untersuchung läßt sich nur eine periostale Reizung des Akromions feststellen, das Röntgenbild hat negativen Befund.)

25. IX. Ständig Schmerzen in der linken Schulter, doch sollen sie etwas nachlassen.

6. X. Große Reizbarkeit und Empfindlichkeit, dabei eintöniges Wiederholen immer der gleichen Beschwerden. Zankt sich viel mit den Stationsschwestern; beklagt sich, daß man für ihre Schulter nicht genug tue. Man habe ihr aus Faulheit kalte statt warme Umschläge gemacht. Alles wird in gereiztem und verstimmtem Tone vorgebracht. Auch mit

andern Patientinnen zankt sie sich, so daß sie verlegt werden muß.

7. X. Vom Manne abgeholt, als gebessert entlassen.

Welche Symptome des Krankheitsbildes berechtigen nun die Diagnose einer postepileptischen Verwirrtheit?

Aus der Anamnese des Mannes erfährt man, daß die Frau an Anfällen leidet. Eine eigentümliche Erregung geht diesen stets voraus, dann verliert die Kranke unter Aufschreien das Bewußtsein. Krämpfe sollen nicht auftreten. Nach den Anfällen, die sich meist des Nachts einstellen, tritt Schlaf ein. Die Frau selbst gibt später noch an, daß die eigentümliche Erregung auf einem Angstgefühl beruhe, sie merke dann noch, daß es ihr schwarz vor den Augen werde und daß sie hinfalle; was dann passiert, wisse sie nicht. Wenn sie erwache, habe sie sich öfters eingenäßt und leide an Kopfschmerzen. Alle diese Erscheinungen sind charakteristisch für den epileptischen Anfall. Zwar sollen die Krämpfe dabei fehlen. Vielleicht, daß sie nur so wenig ausgeprägt sind, daß sie dem Manne als Laien nicht auffallen, möglich auch, daß es sich nur um abortive Anfälle handelt. Ihr epileptischer Charakter steht auch so fest und wird noch erhärtet durch den nachträglichen Befund einer anfänglich fast erloschenen Lichtreaktion und eines linksseitigen Babinskischen Zehenreflexes. Das Fehlen jeder Reaktion auf Nadelstiche kann auf Analgesie beruhen, aber auch durch den stuporösen Zustand der Patientin zur Zeit der Prüfung mitbedingt sein.

Und die geistigen Störungen? Im Anschluß an Anfälle setzten sie mit planlosem Umherlaufen ein; dabei jammerte die Kranke, hörte auf keine Anrede und versuchte plötzlich, sich das Leben zu nehmen. Des Morgens bei der Aufnahme dagegen ist sie ängstlich gehemmt, zu keiner Antwort zu bewegen und kann nur zu einigen ängstlichen Abwehrbewegungen gebracht werden. Nach einigen Stunden wieder hat dieser Zustand einer leichten Benommenheit mit trauriger Verstimmung Platz gemacht; langes Besinnen, zögernde, unsichere Antworten, geringe Merkfähigkeit und Krankheitsgefühl mit Zweifel an der Genesung und Todessehnsucht sind

dafür eigentümlich. Und des Nachmittags zeigt die Kranke schon ein ganz geordnetes Wesen; jedoch fehlt jede Erinnerung an die Vorfälle während der Nacht, sie reicht vielmehr nur bis zur Aufnahme in der Klinik zurück und setzt dann bis zu Beginn der Anfälle aus.

Es handelt sich also um einen deliranten Verwirrtheitszustand mit epileptiformen Zügen, der bald in einen ängstlichen Stupor übergeht, um dann über ein Stadium einer traumhaften Benommenheit hinaus sich rasch wieder aufzuhellen. Und dieser epileptiforme Verwirrtheitszustand schloß sich an die festgestellten epileptischen Anfälle an; wir haben es demnach mit einer typischen postepileptischen Verwirrtheit zu tun gehabt.

Der zweite Krankheitsfall ist der einer 40 Jahre alten Frau M. F., die am 17. III. 1914 in die Kieler Psychiatrische Klinik aufgenommen wurde.

Anamnese (vom Manne abgegeben): In der Familie sollen keine Geisteskrankheiten vorgekommen sein. Schon als Mädchen klagte die Kranke öfters über Druck auf der Brust und über Angstgefühl, war aber sonst nicht besonders nervös, nur etwas blutarm. Seit 20 Jahren ist sie mit dem Referenten verheiratet. Etwa 14 Tage nach der zweiten Entbindung im Jahre 1896 bekam sie die ersten Krämpfe, die anfangs selten, dann aber häufiger auftraten. Mit erneuter Schwangerschaft setzten sie jedoch wieder aus, um nach erfolgter Entbindung (1908) erneut zu erscheinen, und zwar in 4—8 wöchentlichen Zwischenräumen, gewöhnlich im Zusammenhang mit den Menses; 4—12 mal treten sie dann in 1—2 Tagen auf. Vorher kommen Klagen über Übelkeit, nach $^1/_2$ Minute verliert dann die Kranke das Bewußtsein, fällt hin, bekommt Zuckungen am ganzen Körper, selten tritt Schaum aus dem Munde, aber oft Blut infolge Zungenbisses; seit ungefähr 2—3 Jahren näßt sich die Kranke auch ein. Nach dem Anfall stellt sich sehr tiefer Schlaf von 4—5 stündlicher Dauer ein. In den letzten Jahren sind die Krämpfe seltener geworden, sie traten nur 4—5 mal im Jahre auf, und zwar immer nur einzeln.

1902 machten sich die ersten geistigen Störungen bei der Kranken bemerkbar. Im Anschluß an die Anfälle wurde sie sehr aufgeregt, wurde verwirrt, lief eines Nachts nur mit Hemd und Nachtjacke bekleidet fort, sah Gestalten, hörte Stimmen, äußerte Selbstvorwürfe und Todesgedanken, machte aber noch keinen Selbstmordversuch und neigte nicht zu Gewalttätigkeiten. Wegen solcher Verwirrtheitszustände war sie schon viermal in der Psychiatrischen Klinik zu Jena, und zwar, wie aus den dortigen Krankengeschichten hervorgeht, vom 9. II. bis 11. V. 1903, vom 16. V. bis 28. V. 1904, vom 28. II. bis 23. IV. 1906 und vom 8. V. bis 18. V. 1906. Dort hatte sie jedesmal nach Anfällen, die auch in der Klinik beobachtet wurden, ängstliche Erregungszustände mit Bewußtseinstrübungen und zahlreichen Sinnestäuschungen, sie sah und hörte Gott und die Engel, roch Schwefelgerüche, sprach viel von ihren Sünden. Diese Zustände dauerten meist 4—5 Tage, kehrten aber nach neuen Anfällen in ähnlichen Bildern wieder. Eine Flechsig-Kur hatte keinen Dauererfolg, besser wirkten dauernde Bromgaben (3,0 g täglich). Diese nahm Patientin regelmäßig bis vor 14 Tagen, und unter ihrer Wirkung sollen die Anfälle auch seltener geworden sein. Doch machte sich im Laufe der Jahre eine Abnahme des Gedächtnisses bemerkbar, eine gesteigerte Reizbarkeit fiel nicht auf, wohl aber bekommt die Kranke leicht, und zwar besonders bei trübem Wetter, eine niedergeschlagene Stimmung.

Am 28. II. und 1. III. 1914 nun hatte sie vier besonders starke Anfälle, auf die ein 6 Stunden langer Schlaf folgte und im Anschluß daran ein schwerer Dämmerzustand. Die Kranke glaubte in der Hölle zu sein, machte sich Vorwürfe, sie habe ihre Kinder durch schlechte Pflege umgebracht und sich mit Männern vergangen. Ängstlich aufgeregt lief sie im Zimmer umher, kniete betend nieder, sah Engel und Teufel, hörte diese sprechen. Dieser schwere Zustand dauerte 4 Tage, dann trat Besserung ein. Das Bewußtsein war zeitweise ganz klar, aber ganz unvermittelt kamen die Wahnvorstellungen und Situationsverkennungen wieder. Dabei äußerte die Kranke

ständig Klagen über Druck auf der Brust, und in klaren Zeiten wünschte sie selbst, in die Klinik gebracht zu werden.

Bei der Aufnahme ist die Kranke ruhig, gibt geordnete Auskunft, macht aber einen niedergeschlagenen Eindruck und bietet leichte Hemmungserscheinungen. Sie erklärt, den Grund ihrer Traurigkeit könne sie nicht angeben, doch mache sie sich Vorwürfe wegen der schlechten Pflege ihrer Kinder. Sie leide an Krämpfen; wenn diese kämen, so fühle sie es vorher, es steige in ihr auf, ziehe ihr den Leib zusammen, lege sich wie ein Druck auf die Brust und schnüre ihr den Hals zu. Wenn sie dann aufstoßen könne, gehe es oft so vorüber. Vor dem Anfall bekomme sie dann noch heftigen Stuhl- und Urindrang. Im Anfall habe sie sich schon öfters eingenäßt, sich auf die Zunge gebissen, und die Zähne seien ganz locker geworden. Nach den Anfällen habe sie eigentümliche Erscheinungen, sie sähe Christus und habe gehört, wie er gesagt habe: „Heute ist diesem Hause Heil widerfahren". Sinnestäuschungen könnten dies nicht gewesen sein, es würden wohl göttliche Eingebungen sein; auch heute noch halte sie diese Erscheinungen für wahr. Sonst ist die Kranke über ihre Person, über Ort und Zeit vollkommen orientiert. Heilbronner +.

Körperlich: Mittelkräftiger Knochenbau. Mittelstarke Muskulatur. Ergraute Haare. Schädel: keine erkennbaren Narben, nirgends klopfempfindlich;

Pupillen: mittelweit, gleichgroß;

L. R. + +, C. R. + +.

Augenbewegungen frei;

Facialisinnervation: symmetrisch;

Zunge: wird unter sehr starkem, grobschlägigem Zittern vorgestreckt, unbedeutende Narben, kein Belag;

Gaumenbögen: gleichmäßig gehoben;

Würgreflex: +, schwach;

Keine artikulatorische Sprachstörung;

Kein Struma;

Motilität der Arme und Beine frei;

Große Nervenstämme nicht druckempfindlich;

Reflexe der oberen Extremitäten +, o. B.;

Kniephänomen +, lebhaft;
Achillessehnenreflex +;
Zehen: plantar;
Klagen über Schmerzen im linken Bein: keine Krampfadern, kein Plattfuß, keine Druckempfindlichkeit, keine sonstigen Entzündungserscheinungen;
Pinselberührung: richtig lokalisiert;
Spitz und stumpf: überall unterschieden;
Schmerzempfindung o. B.;
Puls: 96, regelmäßig, weich;
Herztöne: rein;
Lungen: o. B.;
Leib: leicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich.

18. III. Immer etwas stilles, einsilbiges Wesen, dabei aber freundlich und nicht gereizt, klare Orientierung. In der Nacht gut geschlafen; am Morgen Klagen über Angstgefühl in Herzgegend. Keine Pulsbeschleunigung.

23. III. Angstgefühl völlig geschwunden, freies, unauffälliges Verhalten. Keine Sinnestäuschungen mehr. Subjektives Wohlbefinden.

25. III. Anfälle, Angst, Verstimmungen treten nicht auf.

30. III. Keine Änderung. Vom Manne abgeholt, gebessert entlassen.

Diese Patientin machte während ihres Aufenthaltes in der Klinik niemals einen schwerkranken Eindruck. So zeigte sie bei der Aufnahme ein ruhiges, geordnetes Verhalten, war vollkommen orientiert, wurde aber sichtbar von einer durch ein niedergeschlagenes, gehemmtes Wesen deutlich ausgeprägten traurigen Verstimmung beherrscht, in der sie sich mit Selbstvorwürfen peinigte und unter Schmerzsensationen im linken Oberschenkel litt. Jedoch nach der Anamnese war der Zustand vor der Aufnahme ein schwererer gewesen. Vor zwei Wochen war die Patientin im Anschluß an Krampfanfälle, die nach ihrer und des Mannes Schilderung typisch epileptische waren, in eine hochgradige, ängstliche Erregung verfallen; äußerte unter planlosem Umherirren Versündigungsideen, verkannte ihre Umgebung, glaubte sich in der Hölle, sah und

hörte Engel und Teufel. Nach 4 Tagen trat Beruhigung mit Rückkehr des Bewußtseins ein, doch zeitweise kehrte der alte Zustand ganz unvermittelt wieder. An die während der Verworrenheit aufgetretenen Erscheinungen erinnert sich die Kranke bei der Untersuchung noch, und es ist auffällig, daß sie von deren Echtheit überzeugt ist, ein Symptom, das vielleicht durch die noch nicht ganz freie Urteilskraft bedingt ist.

Im Beginn der Erkrankung handelte es sich demnach um einen ausgesprochenen delirösen Verwirrtheitszustand mit Situationsverkennungen, Sinnestäuschungen und Wahnideen, der im Anschluß an epileptische Anfälle ausbrach. Dieser Zustand ging dann im Laufe von Tagen unter Rückkehr des Bewußtseins, verbunden mit wiederholten, neuen Trübungen in eine gemütliche Depression mit leichter Hemmung, Selbstvorwürfen und Muskelsensationen über, um dann bald ganz zu verschwinden.

Beide Patientinnen wurden als gebessert entlassen, und zwar 4 bezw. 3 Wochen nach Ausbruch der geistigen Störungen, nachdem die eigentlichen Verwirrtheitszustände schon nach wenigen Tagen geschwunden waren. Und dieser Verlauf entspricht dem oben über die epileptischen Psychosen Gesagten. In der Regel nämlich erstreckt sich die Dauer der einzelnen Attacken nur auf Tage, bisweilen auf Wochen, selten auf Monate.

Doch als geheilt konnten nach dem Schwinden der geistigen Störungen die Patientinnen nicht betrachtet werden; denn wie der Epileptiker auch nach dem Abklingen eines Krampfanfalls nicht für immer von seiner Krankheit erlöst ist, sondern wegen der bestehen bleibenden ursächlichen Gehirnveränderung, auf Grund derer jederzeit ein neuer Insult entstehen kann, dauernd als krank angesehen werden muß, so darf auch der geisteskranke Epileptiker trotz vollkommenen Schwindens sämtlicher krankhaften Erscheinungen nicht als gesund betrachtet werden, sondern als ein Nervenkranker, der die Keime für eine neue Attacke ständig in sich trägt und bei dem deshalb die Geistesstörungen in jedem Augenblicke und gehäuft wie die Krampfanfälle wiederkehren können.

Und jeder neue Anfall mit den häufig vorhandenen Versündigungsideen, dem tiefen Lebensüberdruß, der stark reizbaren Verstimmung einerseits und dem ungestümen Drang zu Gewaltakten andererseits birgt eine große Gefahr für die Gesundheit und das Leben des Patienten selbst und für seine Umgebung in sich. Diese Gefahr wird noch verschlimmert durch den meist rapiden Ausbruch der Psychose, durch den eine rechtzeitige Überwachung oft unmöglich gemacht wird.

Zu berücksichtigen ist dann noch die mögliche Ausbildung dauernder Charakterveränderung und einer langsamen Abnahme der Geisteskräfte, so allmähliches Nachlassen des Gedächtnisses und des Urteilsvermögens, Entstehung einer übertriebenen Selbstsucht, eines ständig reizbaren Wesens, einer Neigung zu Frömmelei, Prahlsucht und Lügenhaftigkeit. Diese epileptische Degeneration kann, besonders wenn die Krankheit schon in frühester Jugend einsetzte, bis zu einer totalen Verblödung auswachsen; Häufung der geistigen und körperlichen Störungen bildet hierbei mehr ein mitspielendes Moment als deren Schwere.

In den vorliegenden Fällen machten sich ja auch bei beiden Patientinnen einige Anzeichen einer bestehenden geistigen Entartung bemerkbar. Besonders fiel bei der einen nach dem Schwinden der akuten Störungen ihre ständig reizbare Empfindlichkeit im Verkehr mit den Schwestern und den andern Patientinnen und die egoistische Art auf, in der sie bei jeder Gelegenheit ihre Beschwerden vorbrachte. Bei der andern trat besonders die Neigung zu einer traurigen Verstimmung hervor. Die Abnahme des Gedächtnisses mag durch die ständigen Bromgaben mitbedingt sein.

Für den weiteren Verlauf dieses Falles, bei dem die Krämpfe mit den nachfolgenden Geistesstörungen sich in der Regel an die Menses anschlossen und mit deren Ausbleiben auch nicht erschienen, wo es sich also um den nicht häufigen menstruellen Typus handelte, käme noch die Erwägung in Betracht, daß mit dem baldigen Eintritt der Frau ins Klimakterium, in dem dann die wahrscheinlich auslösende Ur-

sache der epileptischen Erscheinungen wegfiele, auch diese vollkommen verschwinden könnten.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling für die Überlassung der Krankheitsfälle den allerverbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Binswanger u. **Siemerling,** Lehrbuch der Psychiatrie.
Kraus, Psychoneurosen. Merings Lehrbuch der innern Medizin.
Raecke, Die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker.
Schmidtmann, Handbuch der gerichtlichen Medizin. Bd. 3.
Siemerling, Epileptische Psychosen und ihre Behandlung. Berl. Klin. Wochenschrift. 46. Jahrg.
Siemerling, Zur Lehre von den epileptischen Bewußtseinsstörungen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 42. Nr. 25.

Lebenslauf.

Geboren bin ich am 10. I. 1887 zu Voerde in Westfalen als Sohn des verstorbenen Amtmanns Heinrich Schlüter, kath. Konfession. Ostern 1908 erhielt ich auf dem Gymnasium zu Attendorn das Zeugnis der Reife und studierte dann Medizin an den Universitäten Greifswald, Marburg, Kiel und München. 1910 bestand ich in Marburg die ärztliche Vorprüfung und im Sommer 1913 in München das medizinische Staatsexamen. Dann leistete ich mein praktisches Jahr an der Irrenanstalt und dem Kreiskrankenhaus in Roda (Sachsen-Altenburg) ab und stehe seitdem als Assistenzarzt im Felde.